SERVIÇO AUTÔNOMO MUNICIPAL DE SAÚDE – SAMS – IBITINGA
ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2016

ANEXO IV – FORMULÁRIO DE RECURSOS

NOME DO CANDIDATO: _____

INSCRIÇÃO Nº _____ CPF Nº _____DATA DE NASCIMENTO _____

EMPREGO: _____ TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

TIPO DE RECURSO - (Assinale o tipo de Recurso)

( ) ( ) ( ) ( )	CONTRA INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO **CONTRA GABARITO DA PROVA OBJETIVA** **CONTRA RESULTADO FINAL** **OUTROS**	**Apenas para recurso contra gabarito oficial** Nº da questão: _____ Gabarito oficial: _____ **Resposta Candidato:** ____

JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO – Razões do Recurso

Data: ____/____/ 2016.

Assinatura:_____